

農村 在宅老人들의 健康關心度, 健康實踐行爲와 日常生活動作能力

경북대학교 보건대학원, 대경대학 행정계열¹⁾, 경북대학교 의과대학 간호학과²⁾
엄영희, 감 신*, 한창현, 차병준¹⁾, 김상순²⁾

Health Concern, Health Practice and ADL of The Elderly Who Stay at Home in a Rural Community

Young-Hee Eom, Sin Kam*, Chang-Hyun Han, Byung-Jun Cha¹⁾,
Sang-Soon Kim²⁾

Graduate School of Public Health, Kyungpook National University

Faculty of Public Administration, Taekyeung College¹⁾

Department of Nursing, College of Medicine, Kyungpook National University²⁾

= ABSTRACT =

This study was conducted to examine the relationship among health concern, health practice and ADL of elderly staying at home in a rural community and their affecting factors.

Data were collected through direct interviews made with 480 old people aged more than sixty-five from November 15, 1998 to December 20, 1998.

Out of 189 male and 291 female, the high-level group that showed high health concern accounted for 44.4%, the medium-level group for 13.1%, and the low-level group for 42.5%. in the health practice, the high-level group accounted for 3.8%, the medium-level group for 18.8%, and the low-level group for 77.5%.

In the self-rated health status, the high-level group accounted for 29.0%, the medium-level group for 31.0%, and the low-level group for 40.0%. and in the ADL, the high ADL group accounted for 91.5%, and the low-level ADL group for 8.5%.

The result of the chi-square test showed that for male, there was a significant relation between the health concern and the health practice index score.

In the relation between the health practice index score and the self-rated health status, there was significant positive relationship between health practice index and self-rated health status, and in the relation between the health practice index score and the ADL, old people with higher health practices showed good ADL (but not significant). Old people with good ADL also showed good self-rated health status.

In the multiple regression analysis where the health practice was used as a dependent

*교신저자(E-mail : kamshin@kyungpook.ac.kr)

variable, the health concern was added to the sociodemographic variables as an independent variables, a formula was formed for male old people only and ones with high concern in health showed good health practice.

In the multiple logistic regression analysis where the sociodemographic variables to which the health practices was added were used as an independent variable and the ADL as a dependent variable, the ADL appeared to be not good if for male old people the living costs were born by their sons and daughters and as for female old people their ages increased, but it was good if old people had sources of health information such as hospitals or health centers.

The self-rated health status was worse, for male old people, if they had short living costs or diseases and for female old people, if they had spouses, living costs born by their sons and daughters or diseases, but it was better, for male old people, if they had periodical gatherings or carried out health practices a lot, and for female old people, if they had sources of health information such as hospitals or health centers or carried out health practices a lot.

In view of the results stated above, the higher the old people had health concern, the more they carried out health practices, and the more they carried out health practices, the better they had ADL and self-rated health status that served as the level of health. Further, the better ADL, the better self-rated health status.

KEY WORDS: Health concern, Health practice, Self-rated health status, ADL, Elderly

서론

우리나라의 65세 이상 노인인구는 1980년에 3.8%에서 1995년 5.7%, 1997년 6.0%였으며, 2000년에는 7.1%, 2020년 13.2%, 2022년 14%에 달할 것으로 추산되어 노인인구 구성비가 7%에서 14%까지 증가하는데 22년이 소요될 것으로 예상되는데(보건복지부, 1998), 이는 인구변천과정이 끝난 스웨덴, 프랑스, 영국, 그리고 일본에서 고령화 사회가 되는 기간이 최단기 26년(일본)에서 최상기 115년(프랑스)까지 걸렸는데 비하면 선진국의 고령화 과정에서 나타난 속도보다 우리나라가 훨씬 빨리 진행되고 있음을 알 수 있다(이시백, 1999). 특히 농촌에서의 노인인구비의 증가경향은 더욱 빠른 것으로 보고되고 있다(송건용, 1994).

노인인구의 증가는 만성질환 유병율을 증가

시켜 과도한 의료비를 지출시키고, 젊은 세대로 하여금 부양비 부담을 과중시키며, 생산성을 저하시키는 등 보건 및 사회의 전반적인 분야에서 노인문제가 차지하는 비중을 점차로 증대시키게 된다(신동순, 1995; 김재돈과 남철현, 1997).

건강은 노년기의 평안함과 양질의 삶을 유지하는데 필수적이며 특히 이들이 사회에 적극적으로 기여하도록 하기 위해서도 꼭 필요하다. 노인의 건강문제는 노화과정과 더불어 다양하게 나타나는 특성을 지니며 노화정도에 따라 신체기능의 저하, 기능저하로 인한 기능장애, 기능상실과 병리적 변화들이 다양하게 나타난다(왕미숙, 1992).

Frank(1979)는 65세 이상 노인의 주된 문제로 건강, 신체적 불편, 재정적 문제, 고독, 만족할 만한 활동의 결여 등을 들고 있으며, 이경

미(1989)는 건강상태, 신체적 기능, 의료수혜, 사회적 고립, 봉사욕구 등의 5가지 문제 중 적어도 하나를 노인이 가지고 있다고 하였는데, 우리나라 노인들의 가장 큰 관심사는 건강문제이며(한국개발조사연구소, 1982), 가장 많이 호소하는 문제로는 노인의 반 정도가 자신의 건강 상태가 좋지 않다고 평가함으로써 신체적인 불편 및 질병의 건강문제를 제시한 바 있다(송건용, 1994). 이와 같이 건강의 유지 및 증진의 욕구는 인간의 기본 인권이면서 노인 인구 계층의 일차적 기본욕구이다.

일반적으로 노인의 건강지표는 건강에 대한 본인의 자각정도로 건강을 평가하는 한편 병리적 상태 및 신체 기능의 능력을 검토하고 또한 지병의 유병률 및 사망상태에 관한 비교 검토에 의하는데(조유향, 1994), 기능적으로 노인들이 독립적인 생활을 어느정도 할 수 있느냐 하는 문제는 노인의 건강관리 관점에서 매우 중요한 비중을 차지한다(김찬형 등, 1992).

지역사회에 거주하고 있는 기능장애 노인에게 있어 가족은 가장 중요한 조력자이다(김찬형 등, 1992). 우리나라의 전통적 대가족제도는 노인들에게 일상생활 능력에 장애가 발생했을 때 가족내 도움이 용이했으나, 핵가족화 현상과 부부중심의 가치관 변화로 일상생활에 의존성이 높은 노인들이 가족내 조력자를 구할 수 없는 경우가 많아졌다. 전통적인 대가족 제도가 붕괴되고 노인 단독세대가 증가하고 있는 가운데 노인들이 자기 스스로를 관리해야 하는 일상생활 동작능력은 독립적인 생활을 유지하는데 중요한 관건이며, 한편 노인의 건강수준을 나타낼 수도 있다.

노인인구, 특히 농촌의 노인인구가 급속히 증가하고 있는 현실에서 노인들의 건강에 대한 욕구에 대비하기 위해서는 이들의 건강수준과 건강수준과 관련이 있는 것으로 알려진 건강관심도, 건강실천행위에 대한 실증적인 자료를 바탕으로 한 연구들이 요구된다.

그동안 우리나라에서 건강행위와 관련된 연

구가 비교적 활발히 진행되어 왔으나, 건강관심도, 건강실천행위, 그리고 건강수준간의 관계를 연구한 것은 1992년 전국을 대상으로 시행한 국민건강조사 자료를 이용하여 공변량 구조분석을 통하여 이들의 관계를 제시한 연구(이순영 등, 1995), 대도시지역 노인을 대상으로 일반화 로짓모형을 이용한 연구(송진아, 1997), 장애인을 대상으로 한 건강관심도, 건강실천행위 그리고 건강수준간의 구조모형(박기수 등, 1999) 등이 있을 뿐, 농촌지역의 노인을 대상으로 건강관심도, 건강실천행위, 그리고 건강수준간의 관계를 실증적으로 연구한 것은 드물며, 특히 노인 단독세대가 증가하고 있는 실정에서 노인이 사회인으로서 자립된 생활을 하는데 최지한의 필요한 능력이며, 노인의 건강수준을 나타낼 수 있는 일상생활 동작능력(송재부, 1995)과 건강관심도, 건강실천행위의 관계를 연구한 것은 찾아보기 힘든 실정이다.

따라서 본 연구는 농촌 재택 노인들의 건강관심도, 건강실천행위, 일상생활 동작능력, 그리고 주관적 건강상태의 인식정도를 알아보고, 서로간의 관계를 분석하여 노인의 건강증진을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

대상 및 방법

1. 연구대상 및 도구

경상북도 일개 군 지역내 10개 보건진료소가 담당하고 있는 지역의 65세 이상 재택노인을 대상으로 1998년 11월 15일부터 12월 20일까지 10개 보건진료소별로 관할지역 65세 이상 노인인구의 20%에 해당하는 설문지가 수거될 때까지 설문조사를 실시하였다. 사전에 본 연구의 목적과 자료수집 절차에 대해 교육을 받은 10명의 보건진료원이 가정이나 경로당을 방문하거나 보건진료소 내소자를 직접 면담하여 설문지를 작성하였다. 대상지역의 65세 이상 재택노인은 2680명 이었는데 이중

482명이 조사되었다. 설문지에 답한 482명 중 응답내용이 부실한 2명을 제외한 480명(남자 189명, 여자 291명)을 연구대상으로 하였다.

설문지는 참고문헌과 전문가의 자문을 기초로 구성한 후 65세 이상 노인 20명을 대상으로 사전조사(pre-test)하여 개발하였다. 설문내용에는 사회인구학적 특성, 건강관심도, 건강실천행위, 주관적 건강상태, 일상생활동작능력 등에 대한 문항들이 포함되었다. 건강에 대한 정보원이 있는 경우, 가족내 환자가 있거나 자신이 급만성 질환을 가지고 있는 경우에는 건강에 대한 관심이 높아져 개인의 보건행태에 영향을 미칠 것으로 가정할 수 있어서(Kasl과 Cobb, 1966; Becker, 1974), 건강에 대한 정보원의 유무, 지난 3개월간의 실환 유무, 지난 15일간의 질환 유무, 지난 15일간의 가족의 질환 유무를 사회인구학적 특성에 추가하였다.

2. 연구의 틀

본 연구의 기본적인 틀은 건강관심도가 결정되면 이 건강관심도가 건강실천행위를 결정하고 이 건강실천행위가 건강수준을 결정한다(Breslow와 Enstrom, 1980)는 것이다. 건강관심도 → 건강실천행위 → 건강수준의 모형에 바탕을 두고 건강수준의 측정은 노인의 기본적인 일상생활 동작능력(ADL)과 주관적 건강상태로 측정하였다.

일상생활동작능력은 노인이 사회인으로서 자립된 생활을 하는데 최저한의 필요한 능력이며, 개인이나 가정생활 뿐만 아니라 사회구성원의 하나로서 사회와의 관련을 가지고 생

활하기 위한 매일의 필요한 동작을 의미하는 것으로 노인생활의 전반적인 면에 크게 영향을 주고(송재부, 1995), 노인의 건강수준과 삶의 질을 평가하는데도 중요한 요소가 되고 있다.

자신이 스스로 인지한 주관적 건강상태는 측정하기가 용이하고, 사망의 위험을 예측하는데 매우 유용하며(Kaplan등, 1988; Idler와 Kasl, 1991), 의료이용을 결정짓는 주된 요인이기 때문에 건강수준을 예견하는 지표로 많이 이용되고 있다(Andersen, 1968; Connelly 등, 1989).

본 연구의 모형은 그림 1과 같으며 사용된 변수와 내용은 표 1과 같다.

3. 분석방법

1) 건강관심도, 건강실천행위, 건강수준의 정의

(1) 건강관심도

건강관심도는 건강이 삶의 주된 관심사인지 여부와 건강검진 여부, 건강증진을 위한 노력을 하는지의 여부, 건강에 대한 정보를 얻기 위한 노력의 여부로 간접측정을 하였으며, 각각의 기준은 다음과 같이 성하였다. 건강이 삶의 주된 관심사일 경우는 1점 그렇지 않을 경우는 0점, 건강검진을 주기적으로 받을 경우는 1점 그렇지 않을 경우는 0점, 건강증진을 위한 노력을 하는 경우는 1점 그렇지 않을 경우 0점, 건강에 관한 정보를 얻기위한 노력을 하는 경우 1점 그렇지 않을 경우는 0점으로 하였다. 이를 재분류하여 0-1점을 건강관심도가 낮은

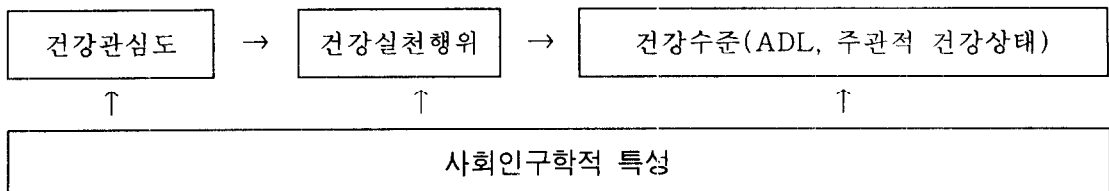


그림 1. 본 연구의 모형.

표 1. 연구에 사용된 변수와 내용

변 수	내 용 (측정척도)
사회인구학적 변수	
성	1: 남자 0: 여자
연 령	1: 65-69 2: 70-74 3: 75-79 4: 80-84 5: 85세 이상
배우자 유무	1: 있다 0: 없다
교육정도	1: 무학 2: 국졸, 서당 3: 중졸 이상
동거가족 형태	1: 혼자 2: 배우자만 3: 배우자+동거가족 4: 독신+동거가족
생활비 부담자	1: 본인 2: 배우자 3: 자녀 등
생활비 만족도	1: 충분 2: 보통 3: 부족
의료보장 형태	1: 보호 0: 보험
정기적인 모임	1: 있다 0: 없다
건강 정보원	1: 대중언론매체 2: 병원·보건소 등 3: 이웃, 친구 4: 없다
지난15일간의 질병	1: 있다 0: 없다
3개월 이상 만성질환	1: 있다 0: 없다
지난15일간 가족질환	1: 있다 0: 없다
주관적 건강상태	1: 아주나쁨, 나쁜 편 2: 그저그렇다 3: 아주 좋음, 좋은 편
건강관심도	
건강이 삶의 주된 관심사인지	1: 확실히 맞다, 대개 맞다 0: 그 외
건강검진 유무	1: 예 0: 아니오
건강증진노력 유무	1: 예 0: 아니오
주위에서 건강정보를 얻기위한 노력	1: 예 0: 아니오
건강실천행위	
아침식사	1: 예 0: 아니오
음주	1: 1달에 1-12회 마실 경우 0: 그 외
흡연	1: 현재 흡연하지 않음 0: 그 외
운동	1: 1주에 2회 이상 할 경우 0: 그 외
수면시간	1: 7-8시간 0: 그 외
체중	1: 보통이라고 생각 0: 그 외
간식	1: 예 0: 아니오
일상생활 동작능력	
목욕	1: 혼자서 할 수 있다 0: 그 외
옷입기	1: 혼자서 할 수 있다 0: 그 외
용변보기	1: 혼자서 할 수 있다 0: 그 외
거동	1: 혼자서 할 수 있다 0: 그 외
대소변 가리기	1: 혼자서 할 수 있다 0: 그 외
식사하기	1: 혼자서 할 수 있다 0: 그 외

하위군, 2점을 중위군, 3-4점을 상위군으로 나누었다.

(2) 건강실천행위(생활양식)

건강실천행위 지표는 Alameda County의 코

호트 연구분석(Belloc과 Brelow, 1972)에서 사용한 것을 근거로 분류하였다. 건강행위 중 흡연, 음주, 운동, 체중, 수면에 대하여 다음과 같이 기준을 정하여 분류하였다. 현재 흡연을 하

지 않을 경우는 1점으로 하고 그외는 0점, 술을 1달에 1-12회 마실 경우는 1점 그외는 0점, 운동을 1주에 2회 이상 할 경우는 1점 그외는 0점, 체중은 본인이 정상으로 생각하면 1점 그외는 0점, 수면시간이 하루에 7-8시간이면 1점 그외는 0점으로 하였다. 점수가 높을수록 건강실천행위를 많이 하는 것을 의미하는 것으로 0-2점을 건강실천행위를 적게 하는 하위군으로, 3점을 중위군, 4-5점을 상위군으로 나누어 건강실천행위 지표를 만들었다.

(3) 건강수준

건강수준은 일상생활 동작능력과 스스로 인한 주관적 건강상태로 측정하였다. 기본적인 일상생활 동작능력은 노인의 건강지표인 ADL(Activities of daily living)로 측정하였는데, Kats 등(1983)의 척도인 목욕하기, 옷입기, 화장실 사용하기, 거동하기, 대소변 가리기, 식사 하기의 6항목을 조사하였다. 6개 항목 모두 독립적으로 수행 가능하면 고ADL, 한 개 항목이라도 독립적으로 수행하지 못할 경우는 저 ADL로 분류하였다.

주관적 건강상태는 Likert 5점 척도로 질문 하여 이를 다시 아주 좋다와 좋은 편이다는 좋음, 그저 그렇다는 보통, 나쁜 편이다와 아주 나쁘다는 나쁨으로 재분류하였다.

2) 분석방법

건강관심도, 건강실천행위, 일상생활 동작능력, 주관적 건강상태를 사회인구학적 특성별로 빈도 분석을 하여 비교하였으며, 건강관심도와 건강실천행위, 건강실천행위와 주관적 건강상태, 건강실천행위와 일상생활 동작능력, 일상생활 동작능력과 주관적 건강상태를 단변량 분석하였다. 이때 건강실천행위는 남녀간에 차이가 나므로 건강실천행위와 관련된 분석시에는 남녀로 구분하였으며, 통계적 검증은 카이 제곱 검정을 이용하였다. 건강관심도와 남녀별 건강실천행위, ADL에 영향을 미치는 독립변수를 알아보기 위해 다중 회귀분석

(multiple regression analysis)과 다중 로지스틱 회귀분석(multiple logistic regression analysis)을 하였다. 또한 일반화된 로짓모형(generalized logit model)을 이용하여 주관적 건강상태에 영향을 미치는 독립변수를 알아보았다. 이때 건강관심도에 대한 독립변수는 사회인구학적 변수로 하였으며, 건강실천행위를 종속변수로 한 회귀식은 사회인구학적 변수에 건강관심도를 추가하였고, ADL과 주관적 건강상태를 종속변수로 한 회귀식은 사회인구학적 변수에 건강실천행위를 추가하였다. 회귀분석시에도 단 순분석과 마찬가지로 건강실천행위가 종속변수이거나 독립변수인 회귀식은 남녀로 나누어 구하였다.

이상의 자료 분석은 SAS program을 이용하였다.

결 과

1. 사회인구학적 특성에 따른 건강관심도, 건강실천행위, 주관적 건강상태와 일상생활동작능력

대상자 중 남자는 189명(39.4%)이었고, 여자는 291명(60.6%)이었다. 연령별로는 남자의 경우 70-74세(37.0%)가 가장 많았고, 여자는 65-69세(34.0%)가 가장 많았다($p<0.05$). 남자는 86.8%가 배우자가 있는 반면, 여자는 68.0%가 배우자가 없어 차이가 있었다($p<0.01$). 무학인 경우는 남자(51.9%)보다 여자(79.7%)가 많았고, 혼자 살고 있는 독거노인이 남자는 7.9%인 반면, 여자는 47.8%로 차이가 있었다($p<0.01$). 생활비를 본인이 부담하는 경우는 남자가 44.4%, 여자가 24.7%로 차이가 있었으며($p<0.01$), 생활비 만족도는 남자의 30.7%가 불만, 여자의 41.6%가 불만이라고 하여 차이가 있었다($p<0.05$). 의료보장 형태가 의료보호인 경우가 남자(9.0%)보다 여자(15.5%)가 많았고($p<0.05$), 정기적인 모임이 있는 경우는 남자(79.4%)가 여자(55.6%)보다 많았으며($p<0.01$),

표 2. 대상자의 남녀별 일반적 특성

(단위:명(%))

	남	여	계
연령(세)*			
65-69	47(24.9)	99(34.0)	146(30.4)
70-74	70(37.0)	92(31.6)	162(33.8)
75-79	38(20.1)	54(18.6)	92(19.2)
80-84	28(14.8)	26(8.9)	54(11.3)
85세이상	6(3.2)	20(6.9)	26(5.4)
평균연령	73.6±5.5	73.0±6.2	73.3±5.9
배우자 유무**			
유배우자	164(86.8)	93(32.0)	257(53.5)
독신	25(13.2)	198(68.0)	223(46.5)
교육정도**			
무학	98(51.9)	232(79.7)	330(68.8)
국졸, 서당	76(40.2)	58(19.9)	134(27.9)
중졸 이상	15(7.9)	1(0.3)	16(3.3)
동거가족의 형태**			
혼자	15(7.9)	139(47.8)	154(32.1)
배우자	135(71.4)	77(26.5)	212(44.2)
배우자+동거가족	29(15.3)	16(5.5)	45(9.4)
독신+동거가족	10(5.3)	59(20.3)	69(14.4)
생활비 부담**			
본인	84(44.4)	72(24.7)	156(32.5)
배우자	33(17.5)	51(17.5)	84(17.5)
자녀 등	72(38.1)	168(57.7)	240(50.0)
생활비 만족도*			
충분	38(20.1)	39(13.4)	77(16.0)
보통	93(49.2)	131(45.0)	224(46.7)
부족	58(30.7)	121(41.6)	179(37.3)
의료보장*			
보험	172(91.0)	246(84.5)	418(87.1)
보호	17(9.0)	45(15.5)	62(12.9)
정기적 모임**			
없다	39(20.6)	103(35.4)	142(29.6)
있다	150(79.4)	188(55.6)	338(70.4)
건강 정보원**			
대중언론매체	126(66.7)	129(44.3)	255(53.1)
병원, 보건소 등	31(16.4)	45(15.5)	76(15.8)
이웃, 친구의 대화	21(11.1)	96(33.0)	117(24.4)
없다	11(5.8)	21(7.2)	32(6.7)
지난 15일간의 질병**			
있다	92(48.7)	181(62.2)	273(56.9)
없다	97(51.3)	110(37.8)	207(43.1)
3개월 이상 만성질환**			
있다	101(53.4)	221(75.9)	322(67.1)
없다	88(46.6)	70(24.1)	158(32.9)
지난15일간의 가족의 질환			
있다	54(28.6)	66(22.7)	120(25.0)
없다	135(71.4)	225(77.3)	360(75.0)
계	189(100.0) [39.4]	291(100.0) [60.6]	480(100.0)

* p<0.05, ** p<0.01

건강정보원이 대중언론매체인 경우는 남자(66.7%)가 여자(44.3%)보다 많았다($p<0.01$). 지난 15일간의 질병과 3개월 이상 만성질환은 남자보다 여자가 많았고($p<0.01$), 지난 15일간 가족의 질환은 없는 경우가 많았으며 남녀간에 유의한 차이는 없었다(표 2).

건강관심도는 상위군이 44.4%, 중위군이 13.1%, 하위군이 42.5%였다. 건강관심도 상위군은 남자가 49.7%로 여자의 40.9%보다 더 높았고($p<0.01$), 연령별로는 건강관심도 상위군이 65-69세 군에서 54.1%로 가장 높았고, 75-79세 군은 43.5%, 80세 이상 군은 23.1%로 연령이 증가할수록 건강관심도가 낮았으나 유의하지는 않았다. 배우자가 있는 경우가 상위군이 51.5%로 독거인 경우(35.9%)보다 높았고, 교육수준이 높을수록 건강관심도가 높았으며, 동거가족 형태에 따라 차이가 있었다($p<0.01$). 생활비를 본인이 부담하는 경우 건강관심도 상위군이 55.1%로 자녀 등이 생활비를 부담하는 경우보다 높았고, 생활비가 만족스러운 경우에 건강관심도가 높았으며, 의료보장 형태가 의료보험인 경우가 의료보호보다 건강관심도가 높았다($p<0.01$). 건강관심도는 정기적인 모임이 있는 경우가 없는 경우보다 높았고, 병원이나 보건소 등의 건강정보원이 있는 경우가 건강정보원이 없는 경우보다 높았다($p<0.01$). 지난 15일간 앓은 질환이 없는 경우가 있는 경우보다, 3개월 이상 앓은 만성질환이 없는 경우가 있는 경우보다 건강관심도가 높았다($p<0.01$)(표 3).

건강실천행위는 상위군 38%, 중위군 18.8%, 하위군 77.5%였다. 배우자가 있는 경우에 상위군이 5.4%, 독신인 경우에는 상위군이 1.8%로 차이가 있었다($p<0.05$). 남자의 경우, 연령이 저을수록, 교육수준이 높을수록 건강실천행위 지표 상위군이 많았으나 유의한 차이는 아니었다. 병원이나 보건소 등의 건강정보원이 있는 경우가 상위군이 10.5%로 없는 경우(0%)보다 높아 건강정보원에 따라 차이가 있었고

($p<0.05$), 3개월 이상의 만성질환이 없는 경우가 상위군 8.2%, 있는 경우는 1.6%로 유의한 차이가 있었다($p<0.01$)(표 3).

사회인구학적 특성에 따른 주관적 건강상태와 일상생활동작능력은 표 4와 같다. 주관적 건강상태는 좋음이 29.0%, 보통이 31.0%, 나쁨이 40.0%였다. 남자가 좋은 군이 37.0%로 여자의 좋은 군 23.7% 보다 높아 유의한 차이가 있었고, 연령이 증가할수록 주관적인 건강상태가 좋았다($p<0.01$). 교육수준이 높을수록, 배우자와 함께 동거하는 경우에 주관적 건강상태가 좋았다($p<0.05$). 생활비를 본인이 부담하는 경우에 주관적 건강상태가 좋음이 35.9%, 자녀 등이 부담하는 경우 좋음이 25.0%로 본인이 생활비를 부담하는 경우에 주관적인 건강상태가 좋았고($p<0.01$), 생활비 만족도, 정기적 모임 유무, 건강정보원, 지난 15일간 앓은 질병 유무, 3개월 이상 앓은 만성질환 유무에 따라 주관적 건강상태에 차이가 있었다($p<0.05$).

일상생활동작능력(ADL)은 고ADL이 91.5%, 저ADL은 8.5%였는데, 고ADL이 65-69세 96.6%, 70-74세 97.5%, 75-79세 92.4%, 80-84세 74.1%, 85세 이상은 57.7%로 연령에 따라 차이가 있었고($p<0.01$), 배우자가 있는 경우에 고ADL이 94.2%, 독신인 경우에 고ADL이 88.3%로 배우자 유무에 따라 차이가 있었으며($p<0.05$), 동거가족의 형태에 따라서도 유의한 차이가 있었다($p<0.01$). 또한 ADL 분포는 생활비 부담자, 의료보장 형태, 정기적 모임 유무, 건강정보원, 지난 15일간의 질병 이환 여부에 따라 차이가 있었다($p<0.05$).

2. 건강관심도, 건강실천행위, 건강수준간의 관계

남녀 모두를 대상으로 하였을 때, 건강관심도 상위군에서는 건강실천행위 상위군이 5.6%, 중위군이 25.8%, 하위군이 68.5%인 반면, 건강관심도 하위군에서는 차례로 2.0%,

표 3. 대상자의 사회인구학적 특성에 따른 건강관심도, 건강실천행위 지표 (단위:명(%))

	건강관심도			건강실천행위 지표		
	상	중	하	상	중	하
성						
남	49.7	18.0	32.3**	6.3	17.5	76.2
여	40.9	10.0	49.1	2.1	19.6	78.4
연령(세)						
65-69	54.1	12.3	33.6	5.5	20.5	74.0
70-74	42.6	15.4	42.0	3.7	19.8	76.5
75-79	43.5	10.9	45.7	3.3	18.5	78.3
80-84	35.2	13.0	51.9	1.9	16.7	81.5
85세이상	23.1	11.5	65.4	-	7.7	92.3
배우자 유무						
유배우자	51.8	16.0	32.3**	5.4	20.6	73.9*
독신	35.9	9.9	54.3	1.8	16.6	81.6
교육정도						
두학	40.6	11.5	47.9**	2.1	19.1	78.8
국졸, 서당	50.0	17.9	32.1	6.7	17.9	75.4
중졸 이상	75.0	6.3	18.8	12.5	18.8	68.8
동거가족의 형태						
혼자	40.9	10.4	48.7**	1.9	16.9	81.2
배우자	52.8	15.1	32.1	6.1	18.9	75.0
배우자+동거가족	46.7	20.0	33.3	2.2	28.9	68.9
독신+동거가족	24.6	8.7	66.7	1.4	15.9	82.6
생활비 부담						
본인	55.1	14.1	30.8**	5.8	23.1	71.2
배우자	50.0	11.9	38.1	3.6	21.4	75.0
자녀 등	35.4	12.9	51.7	2.5	15.0	82.5
생활비 만족도						
충분	63.6	14.3	22.1**	3.9	15.6	80.5
보통	40.6	11.2	48.2	2.7	20.1	77.2
부족	40.8	15.1	44.1	5.0	18.4	76.5
의료보정						
보험	47.1	13.2	39.7**	3.8	19.1	77.0
보호	25.8	12.9	61.3	3.2	16.1	80.6
정기적 모인						
없다	26.8	11.3	62.0**	4.2	14.8	81.0
있다	51.8	13.9	34.3	3.6	20.4	76.0
건강정보위						
대중언론매체	49.0	16.5	34.5**	3.1	16.9	80.0*
병원, 보건소 등	71.1	10.5	18.4	0.5	23.7	65.8
이웃, 친구대화	26.5	7.7	65.8	1.7	20.5	77.8
없다	9.4	12.5	78.1	-	15.6	84.4
지난15일간의 질병						
있다	37.7	10.6	51.6**	2.9	16.1	81.0
없다	53.1	16.4	30.4	4.8	22.2	72.9
3개월이상 만성질환						
있다	42.2	10.6	47.2**	1.6	18.0	80.4**
없다	48.7	18.4	32.9	8.2	20.3	71.5
지난15일간 가족질환						
있다	41.7	16.7	41.7	2.5	19.2	78.3
없다	45.3	11.9	42.8	4.2	18.6	77.2
계	44.4	13.1	42.5	3.8	18.8	77.5

* p<0.05, ** p<0.01

표 4 대상자의 사회인구학적 특성에 따른 주관적 건강상태, 일상생활동작능력(ADL) (단위:%)

	주관적 건강상태			ADL	
	좋음	보통	나쁨	고ADL	저ADL
성별					
남	37.0	34.4	28.6**	92.1	7.9
여	23.7	28.9	47.4	91.1	8.9
연령(세)					
65-69	20.5	43.8	35.6**	96.6	3.4**
70-74	32.7	27.2	40.1	97.5	2.5
75-79	29.3	28.3	42.4	92.4	7.6
80-84	37.0	22.2	40.7	74.1	25.9
85세이상	34.6	11.5	53.8	57.7	42.3
배우자 유무					
유배우자	32.7	31.5	35.8	94.2	5.8*
독신	24.7	30.5	44.8	88.3	11.7
교육정도					
무학	25.5	30.3	44.2*	91.2	8.8
국졸, 서당	35.1	32.8	32.1	91.0	9.0
중졸 이상	50.0	31.3	18.8	100.0	-
동거가족의 형태					
혼자	25.3	34.4	40.3*	93.5	6.5**
배우자	34.0	32.5	33.5	94.8	5.2
배우자+동거가족	26.7	26.7	46.7	91.1	8.9
독신+동거가족	23.2	21.7	55.1	76.8	23.2
생활비 부담					
본인	35.9	38.5	25.6**	98.1	1.9**
배우자	27.4	29.8	42.9	97.6	2.4
자녀 등	25.0	26.7	48.3	85.0	15.0
생활비 만족도					
충분	48.1	24.7	27.3**	96.1	3.9
보통	30.4	34.4	35.3	90.2	9.8
부족	19.0	29.6	51.4	91.1	8.9
의료보장					
보험	30.4	32.1	37.6	92.8	7.2**
보호	19.4	24.2	56.5	82.3	17.7
정기적 모임					
없다	18.3	31.0	50.7**	86.6	13.4*
있다	33.4	31.1	35.5	93.5	6.5
건강정보원					
대중언론매체	34.9	29.4	35.7*	93.7	6.3*
병원, 보건소 등	23.7	40.8	35.5	96.1	3.9
이웃, 친구대화	22.2	28.2	49.6	85.5	14.5
없다	18.8	31.3	50.0	84.4	15.6
지난15일간의 질병					
있다	13.9	35.5	50.5**	88.3	11.7**
없다	48.8	25.1	26.1	95.7	4.3
3개월이상 만성질환					
있다	13.7	32.3	54.0**	89.8	10.2
없다	60.1	28.5	11.4	94.9	5.1
지난15일간 가족질환					
있다	14.2	39.2	46.7**	88.3	11.7
없다	33.9	28.3	37.8	92.5	7.5
계	29.0	31.0	40.0	91.5	8.5

* p<0.05, ** p<0.01

표 5. 건강관심도와 건강실천행위지표와의 관계 (단위:%)

	남자의 건강실천행위**			여자의 건강실천행위			계**		
	상	중	하	상	중	하	상	중	하
건강관심도									
상	9.6	25.5	64.9	2.5	26.1	71.4	5.6	25.8	68.5
중	2.9	17.6	79.4	3.4	20.7	75.9	3.2	19.0	77.8
하	3.3	4.9	91.8	1.4	14.0	84.6	2.0	11.3	86.8
계	6.3	17.5	76.2	2.1	19.6	78.4	3.8	18.8	77.5

** p<0.01

표 6. 건강실천행위지표와 남녀의 주관적 건강상태와의 관계 (단위:%)

	남자의 주관적 건강상태*			여자의 주관적 건강상태**			계*		
	좋음	보통	나쁨	좋음	보통	나쁨	좋음	보통	나쁨
건강실천행위지표									
상	16.7	75.0	8.3	83.3	-	16.7	38.9	50.0	11.0
중	36.4	39.4	24.2	24.6	36.8	38.6	28.9	37.8	33.3
하	38.9	29.9	31.3	21.9	27.6	50.4	28.5	28.5	43.0
계	37.0	34.4	28.6	23.7	28.9	47.4	29.0	31.0	40.0

*p<0.05, **p<0.01

표 7. 건강실천행위지표와 남녀의 ADL의 관계 (단위:%)

	남자의 ADL		여자의 ADL		계	
	고ADL	저ADL	고ADL	저ADL	고ADL	저ADL
건강실천행위지표						
상	100.0	-	100.0	-	100.0	-
중	93.9	6.1	96.5	3.5	95.6	4.4
하	91.0	9.0	89.5	10.5	90.1	9.9
계	92.1	7.9	91.1	8.9	91.5	8.5

표 8. 일상생활활동작능력과 남녀의 주관적 건강상태와의 관계 (단위:%)

	남자의 주관적 건강상태*			여자의 주관적 건강상태**			계**		
	좋음	보통	나쁨	좋음	보통	나쁨	좋음	보통	나쁨
ADL									
고ADL	39.1	35.1	25.9	24.9	30.6	44.5	30.5	32.3	37.1
저ADL	13.3	26.7	60.0	11.5	11.5	76.9	12.5	15.5	70.0
계	37.0	34.4	28.6	23.7	28.9	47.4	29.0	31.0	40.0

* p<0.05, ** p<0.01

11.3%, 86.8%에서 건강관심도가 높을수록 건강실천행위를 많이 하였다($p<0.01$). 남자의 경우 건강관심도가 높은 군에서 건강실천행위 상위군이 9.6%, 중위군이 25.5%, 하위군이 64.9%인 반면, 건강관심도가 낮은 군에서는 상위군이 3.3%, 중위군이 4.9%, 하위군이 91.8%로 건강관심도가 높을수록 건강실천행위를 많이 하고 있었다($p<0.01$). 여자의 경우도 건강관심도가 높은 군에서 건강실천행위 상위군이 2.5%, 중위군이 26.1%, 하위군이 71.4%인 반면, 건강관심도가 낮은 군에서는 상위군이 1.4%, 중위군이 14.0%, 하위군이 84.6%로 건강관심도가 높을수록 건강실천행위를 많이 하였지만 유의하지는 않았다(표 5).

건강실천행위 성도와 남녀의 주관적 건강상태와의 관계는 표 6과 같다. 남녀 모두에서 건강실천행위 지표가 상위군일수록 주관적 건강상태가 보통 이상의 비율이 높았고, 나쁨은 낮아($p<0.05$). 건강실천행위 지표가 높을수록 주관적인 건강상태가 좋았다. 남녀를 같이 분석한 결과도 건강실천행위를 많이 하는 경우에 주관적인 건강상태가 좋았다($p<0.05$).

건강실천행위와 일상생활동작능력(ADL)과의 관계는 표 7과 같다. 남녀 모두에서 건강실천행위 지표가 상위군일수록 고ADL이 높아 건강실천행위를 많이 할수록 일상생활동작능력이 좋았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

일상생활동작능력(ADL)과 주관적 건강상태와의 관계는 남자의 경우, 고ADL군에서 주관적 건강상태가 좋음이 39.1%, 보통이 35.1%, 나쁨이 25.9%인 반면, 저ADL군은 좋은 군이 13.3%, 보통이 26.7%, 나쁜 군이 60.0%로 일상생활동작능력이 좋을수록 주관적 건강상태가 좋았으며($p<0.05$), 여자의 경우도 고ADL인 경우 주관적인 건강상태가 좋음이 24.9%, 보통이 30.6%, 나쁨이 44.5%인 반면, 저ADL인 경우는 각각 11.5%, 11.5%, 76.9%로 차이가 있어 일상생활동작능력이 좋을수록 주관적인 건강상태가 좋았다($p<0.01$)(표 8).

3. 건강관심도, 건강실천행위, 주관적 건강상태, 일상생활동작능력에 영향을 미치는 요인
건강관심도를 종속변수로 하고 사회인구학

표 9. 건강관심도를 종속변수로 한 다중 회귀분석

독립변수	회귀계수	표준화 회귀계수	p값
성	-0.007519	-0.003942	0.9388
연령	-0.017163	-0.108524	0.0157
배우자 유무	0.078952	0.042255	0.4322
교육정도	0.080958	0.047017	0.2942
생활비 부담	-0.124033	-0.066550	0.1444
생활비 만족도	-0.092356	-0.069246	0.1272
의료보장 형태	-0.239013	-0.086021	0.0447
정기적 모임	0.308493	0.151094	0.0006
대중매체/없다	0.401845	0.215189	0.0000
병원·보건소/없다	0.886042	0.347097	0.0000
질병 유무	-0.075265	-0.034876	0.4199
가족질환 유무	0.119967	0.055745	0.1993
성수	2.700885		0.0000

조정된 $R^2=0.21$, $F=11.40702$ ($p=0.0000$)

표 10. 건강실천행위를 종속변수로 한 다중 회귀분석(남자)

독립변수	회귀계수	표준화 회귀계수	p값
연령	-6.89999E-04	-0.003790	0.9603
배우자 유무	0.215093	0.073517	0.3282
교육정도	0.019412	0.012463	0.8648
생활비 부담	-0.143557	-0.070332	0.3907
생활비 만족도	0.069779	0.049616	0.5222
의료보장 형태	-0.296153	-0.085482	0.2445
정기적 모임	-0.206704	-0.084391	0.2733
대중매체/없다	0.367224	0.137187	0.7286
병원·보건소/없다	-0.068320	-0.032492	0.1569
질병 유무	0.003921	0.001865	0.9796
가족질환 유무	0.053891	0.024561	0.7403
건강 관심도	0.277837	0.249076	0.0015
상수	1.086165		0.3767

조정된 R²=0.10 F=2.66144(p=0.0026)

적 특성을 독립변수로 한 다중 회귀분석 결과, 연령, 의료보장 형태, 정기적 모임 유무, 그리고 건강정보원이 유의한 변수로 연령이 낮을수록, 의료보호보다는 의료보험인 경우, 정기적인 모임이 있는 경우, 그리고 대중매체, 병원이나 보건소 등의 건강정보원이 있을수록 건강관심도가 높았다(p<0.05). 모델의 설명력은 21%였다(표 9).

건강실천행위를 종속변수로 하고 사회인구학적 변수와 건강관심도를 독립변수로 한 다중 회귀분석의 결과는 표 10과 같다. 남녀로 구분하여 분석하였는데, 남자의 경우, 독립변수 중 건강관심도만이 유의한 변수로 건강관심도가 높을수록 건강실천행위를 많이하였으며(p<0.01), 모델의 설명력은 10%였다. 여자의 경우는 식이 성립하지 않았다.

남녀로 구분하여 주관적 건강상태를 종속변수로 하고 사회인구학적 특성과 건강실천행위 점수를 독립변수로 한 일반화 로짓모형의 결과는 표 11과 같다. 남자의 경우 주관적 건강상태 나쁨을 기준으로 하였을 때 주관적 건강상

태 좋음에서 생활비 만족도, 정기적 모임 유무, 질병 유무가 유의한 변수였으며, 주관적 건강상태 보통에서는 질병유무와 건강실천행위정도가 유의한 변수였다(p<0.05). 즉, 생활비에 만족할수록, 정기적 모임이 있는 경우, 질병이 없는 경우, 그리고 건강실천행위를 많이 할수록 주관적 건강상태가 좋았다. 모형의 P-값은 0.9124(>0.05)로 적합하였다. 여자의 경우는 배우자가 없는 경우, 생활비 부담을 본인이나 배우자가 하는 경우, 질병이 없는 경우, 병원이나 보건소 등의 건강정보원이 있는 경우, 그리고 건강실천행위를 많이 할수록 주관적 건강상태가 좋았으며(p<0.05), 모형도 적합하였다.

일상생활동자능력을 고ADL과 저ADL로 나누어 종속변수로 하고 사회인구학적 특성과 건강실천행위정도를 독립변수로 한 남녀별 다중 로지스틱 회귀분석에서 남자는 생활비를 본인이나 배우자가 부담할수록 고ADL이었고(p<0.01), 여자의 경우는 연령이 적을수록, 병원이나 보건소 등의 건강정보원이 있을 때 고

표 11. 주관적 건강상태를 종속변수로한 일반화 로짓모형

독립변수	남자			여자		
	회귀계수	표준오차	p값	회귀계수	표준오차	p값
연 령	0.0624	0.0454	0.1695	0.0409	0.0342	0.2319
	-0.0855	0.0441	0.0522	-0.0551	0.0286	0.0545
배우자 유무	-1.0142	0.6883	0.1406	-0.6070	0.4805	0.2065
	-0.8741	0.6565	0.1831	-1.1224	0.4002	0.0050
교육정도	0.5373	0.3675	0.1438	0.5160	0.4944	0.2966
	-0.4191	0.3503	0.2316	0.3202	0.3816	0.4014
생활비 부담	-0.9068	0.5369	0.0912	-0.7386	0.4159	0.0758
	-0.5841	0.5026	0.2451	-0.7199	0.3242	0.0264
생활비 만족도	-0.8281	0.3508	0.0183	-0.3657	0.3159	0.2470
	-0.2531	0.3277	0.4400	-0.3734	0.2516	0.1377
의료보장 형태	0.6395	0.7590	0.3995	-0.8352	0.5970	0.1618
	-1.0992	0.7768	0.1571	-0.3224	0.4245	0.4476
정기적 모임	1.6645	0.6558	0.0111	0.2031	0.4393	0.6439
	-0.0083	0.5011	0.9867	-0.0823	0.3418	0.8096
대중매체/없다	-0.0185	0.6466	0.9772	0.4459	0.4530	0.3249
	-0.7349	0.5704	0.1976	0.1622	0.3522	0.6452
병원·보건소/없다	-0.2671	0.8385	0.7501	1.0476	0.6032	0.0824
	-0.7798	0.7307	0.2859	1.0820	0.4477	0.0157
질병 유무	-3.0539	0.6272	0.0000	-3.9373	0.6159	0.0000
	-1.5794	0.6329	0.0126	-2.0424	0.6445	0.0015
가족질환 유무	0.6159	0.5204	0.2366	1.1312	0.6056	0.0618
	-0.2803	0.4417	0.5258	-0.4908	0.3728	0.1879
건강실천행위	0.4604	0.2443	0.0595	0.4542	0.2154	0.0350
	0.5920	0.2176	0.0065	0.3193	0.1700	0.0603
	$\chi^2 = 314.72(p=0.9124)$			$\chi^2 = 469.11(p=0.9893)$		

표 12. ADL을 종속변수로한 다중 로지스틱 회귀분석

독립변수	남자			여자		
	회귀계수	표준오차	p값	회귀계수	표준오차	p값
연 령	-0.0536	0.0589	0.3627	-0.2259	0.0474	0.0000
배우자 유무	-0.9576	0.8718	0.2720	0.7177	0.8893	0.4197
교육정도	-0.8132	0.4897	0.9608	-0.1831	0.9139	0.8412
생활비 부담	-2.1480	0.8110	0.0081	-1.6921	0.8890	0.0570
생활비 만족도	-0.0957	0.4827	0.8428	-0.4925	0.4445	0.2678
의료보장 형태	-0.2096	0.9833	0.8312	-0.7792	0.6455	0.2274
정기적 모임	0.8205	0.7098	0.2477	-0.4203	0.5916	0.4774
대중매체/없다	-0.1505	0.7458	0.8401	0.4450	0.6207	0.4734
병원·보건소/없다	-0.1395	1.0532	0.8947	2.4906	1.1897	0.0363
질병 유무	-1.1861	0.8491	0.1625	-0.5436	0.8780	0.5358
가족질환 유무	-0.1849	0.7021	0.7922	1.0508	0.6098	0.0849
건강실천행위	0.1650	0.3407	0.6280	0.1664	0.3167	0.5994
	$\chi^2 = 21.053(p=0.0496)$			$\chi^2 = 72.897(p=0.0000)$		

ADL이었다($p < 0.05$) (표 12).

고 찰

본 연구는 노인 단독세대가 증가하고 있는 실정에서 농촌지역 10개 보건진료소 관할지역의 65세 이상 노인들을 대상으로 건강관심도, 건강실천행위, 그리고 일상생활 동작능력과 이들간의 관련성을 알아보기 위해 시도되었다.

건강관심도는 상위군이 44.4%, 중위군이 13.1%, 하위군이 42.5%로 나타났다. 성인을 대상으로 조사한 이순영 등(1995)의 연구에서는 남자의 경우 상위군이 49.5%, 중위군이 28.5%, 하위군이 22.0%였고, 여자의 경우 상위군이 45.8%, 중위군이 20.2%, 하위군이 34.0%여서 본 연구의 건강관심도가 낮았고, 도시 노인들의 건강관심도를 조사한 송진아(1997)의 연구에서는 상위군 16.5%, 중위군 30.4%, 하위군 53.1%로 본 연구의 건강관심도가 높았다. 이순영 등(1995)과 송진아(1997)의 연구에서는 건강검진의 여부, 건강증진을 위한 노력을 하는지의 여부와 건강에 대한 정보를 얻기위한 노력을 하는지의 여부에 대한 항목으로 측정 한 반면 본 연구는 건강이 삶의 주된 관심사 인지를 알아보는 항목이 추가되어 측정 척도가 다르고, 건강검진에 있어서 자발적인 건강검진 뿐만 아니라 국민의료보험공단이나 의료보험연합회에서 실시하는 성인병 검진 까지를 포함하였기 때문에 직접적인 비교는 어렵다.

건강관심도를 종속변수로 한 다중 회귀분석 결과 연령이 적을수록, 의료보호보다는 의료보험인 경우, 정기적인 모임이 있는 경우, 그리고 대중매체, 병원이나 보건소 등의 건강정보원이 있을수록 건강관심도가 높았다. 성인을 대상으로 조사한 이순영 등(1995)의 연구에서 남녀 모두 시부에 거주할수록, 교육수준이 높을수록, 경제적 상태가 좋을수록 건강관심도가 높았고, 도시 노인을 대상으로 한 송진

아(1997)의 연구에서는 연령이 적을수록, 배우자가 있을수록 건강관심도가 높은 것으로 나타나 의료보험일수록, 연령이 적을수록 건강관심도가 높아지는 것으로 나타난 본 연구와 일치하는 경향을 보였다. 정기적인 모임이 있을수록 건강관심도가 높은 것은 노인들이 빈번한 대인접촉으로 건강에 대한 정보도 얻고 건강지식도 얻으므로 말미암아 건강에 대한 관심도 높아진다고 생각된다. 병원이나 보건소 등의 건강정보원이 있을 때 건강관심도가 높은 것은 이들 기관을 통하여 얻은 건강에 대한 정보나 보건교육이 유용함을 의미하는 것으로, 노인들이 자주 방문하는 일선 병원이나 보건기관에서 건강정보원을 제공하는 노력을 통하여 노인의 건강관심을 더욱 높일 수 있으리라 생각된다.

건강실천행위지표는 상위군이 3.8%, 중위군이 18.8%, 하위군이 77.5%로 나타났다. 이는 성인을 대상으로 같은 측정지표를 사용한 미국 Alameda County(Belloc과 Breslow, 1972)의 남자 상위군 43.2%, 중위군 29.7%, 하위군 36.1%, 여자 상위군 36.1%, 중위군 31.0%, 하위군 32.8%와 이순영 등(1995)의 남자 상위군 9.1%, 중위군 33.5%, 하위군 57.4%, 여자 상위군 36.6%, 중위군 42.1%, 하위군 20.3% 보다 낮았고, 도시 노인을 대상으로 한 송진아(1997)의 상위군 9.7%, 중위군 20.0%, 하위군 70.3% 보다 낮아 농촌 노인의 건강실천행위 지표가 낮음을 알수 있었다. 남자가 여자 보다, 연령이 적을수록, 배우자가 있을수록, 교육정도가 높을수록 건강실천행위지표가 높아 김효정(1996)의 연구와 일치하였고, 생활비를 본인이나 배우자가 부담하는 경우와 생활비가 부족한 경우에 건강실천행위가 높게 나온 것은 송진아(1997)와 일치하였다.

다중회귀 분석 결과 건강실천행위는 남자의 경우 건강관심도가 건강실천행위에 유의하게 陽의 영향을 주어 건강관심도가 높을 때 건강실천행위를 많이 하였고, 여자의 경우도 유의

하지는 않았지만 건강관심도가 높은 경우에 건강실천행위를 많이하여 이순영 등(1995), 송진아(1997), 박기수(1998)의 연구결과와 일치하였다.

건강증진과 관련하여 건강행위가 사망이나 질병에 미치는 영향에 관한 연구로 1960년대 미국의 캘리포니아 주에 있는 Alameda County에서 실시한 시계열 연구가 있다. 이 연구결과 건강수준과 연관성이 있는 건강행위(Health Behavior)로 7가지의 건강행위(Alameda 7) 즉, 흡연, 음주, 운동, 체중, 수면, 아침식사 및 간식여부를 제시하고, 추적조사를 통하여 이들 개인의 건강행위와 사망률이 연관성이 있음을 밝혔고, 여기에서 제시된 7가지의 건강행위를 건강실천행위로 명명하였다(Belloc와 Breslow, 1972). 9년 동안 추적조사를 계속한 연구에 의하면 금연, 절주, 7-8시간의 수면, 운동, 적정 체중유지 등이 낮은 사망율을 낮게 하고, 질병 이환율을 감소시킨다고 하였다(Breslow와 Enstrom, 1980). 즉 건강관련행위를 많이 실천하는 사람은 적게 실천하는 사람보다 더 오래 사는 경향이 있음을 밝히고 있다. 따라서 노인들이 건강실천행위를 많이 하도록 하는 방안이 강구되어야 하겠는데, 본 연구에서 건강관심도가 유의한 영향을 미쳐 노인들이 건강관심도를 높이도록 하여야 하겠다.

본 연구에서 건강실천행위를 측정하는 변수의 타당성에 문제가 있을 수 있는데, 특히 음주와 운동에 대한 정의는 연구자마다 다를 수 있다. 따라서 본 연구에서는 널리 쓰이고, 보편적으로 인정된 지표를 사용하였다. 음주의 경우 음주량이 고려되지 않고 음주의 횟수에 대한 변수로만 측정되어 있어서 전혀 마시지 않거나(무음주) 매일 마시는 경우(과음주)를 제외하고 한달에 1회 이상 마시거나 일주에 4회 이하 마시는 경우를 적당량의 음주로 정의하였다. 운동의 경우 송주복 등(1997)은 농촌지역의 20세 이상의 주민을 대상으로 한

연구에서 적당한 운동은 지난 1년 동안 평균하여 1주일에 1번 이상 운동한 경우로 분류하여 적용한 바가 있으나, 본 연구에서 운동은 일주에 2회 이상 운동하는 것을 적절한 운동으로 규정하였는데, 이 기준은 Kim과 Shin(1991), 이순영 등(1995), 송진아(1997)의 연구에서 사용한 분류와 같다. 송진아(1997)는 본 지표를 사용하여 도시노인을 조사한 경우가 있으므로 농촌노인을 비교해 볼 수 있는 자료가 될 수 있을 것이다. 향후 농촌지역의 노인에게 적용시킬 수 있는 객관적인 건강실천행위 지표에 대한 적절한 연구가 있어야 될 것이다.

주관적 건강상태는 좋음 29.0%, 보통 31.0%, 나쁨 40.0%로 나타났다. 송건용 등(1990)의 연구에서는 군 지역의 스스로 건강하지 않다고 생각하는 노인이 39.0%로 본 연구의 나쁨 40.0%와 비슷하였고, 서울시 노인을 대상으로 조사한 이진임(1996)의 '좋다' 40%, '보통이다' 26%, '나쁘다' 34% 보다는 주관적 건강상태가 약간 나빴으며, 권순범 등(1994)의 도시지역 노인 '아주건강' 5%, '비교적 건강' 26.4%, '건강하지 않은 편' 65.9%나 대구시 노인을 조사한 결과(송진아, 1997)인 '좋다' 15.0%, '보통' 34.6%, '나쁘다' 50.4% 보다는 주관적 건강상태가 좋았다.

여자 보다 남자가 주관적인 건강상태를 더 좋게 인식하고 있어서 Kaplan 등(1988), 신은영(1993), 조선희(1994), 권순범 등(1994), 지선하 등(1994), 이순영 등(1995), 정경임(1995) 등 많은 연구들의 결과와 일치하였다. 이는 전통적인 남자위주의 사회에서 여자들이 몸이 아파도 참고 지내왔으며, 잦은 임신과 출산, 미비한 산후조리 등으로 인한 건강악화 등으로 노후에 신체적 질병이 많은 것으로 볼 수 있다.

연령이 증가할수록 주관적인 건강상태가 좋았는데 특히 80세 이상 노인들은 80세 이하 노인들 보다 스스로 더 건강하다고 평가한다

(Shanas 등, 1968)고 한 점과 일치하였다. Linn과 Linn(1980)은 이들 초고령자들은 주요 사망질병으로 부터 살아남은 생물학적 엘리트군으로 불능의 정도나 질환수에서 고령사들과 차이가 없음을 보고하였다. 이는 아주 건강한 노인들만 80세 이상이 되도록 생존하고 있거나, 노인의 특성상 사소한 신체적인 불편은 감수하고 현재 병원에 다니고 있거나 투약중인 경우가 아니면 주관적인 건강상태를 좋게 평가하고 있다고 생각된다.

배우자가 있는 경우가 주관적인 건강상태가 더 좋았고, 교육정도가 높을수록 주관적인 건강상태가 좋아 기존의 연구들과 일치하는 경향을 보였다. 이는 노년기에 배우자가 가장 큰 정서적 지지원으로 사별로 인한 정신건강의 상실이 신체적 건강에도 영향을 준다는 사실과 교육을 통해 얻어진 건강지식이 개인의 건강관리에 영향을 준다고 볼 수 있다.

주관적 건강상태를 종속변수로 한 일반화 로짓 모형에서 남자의 경우 생활비에 만족할수록, 질병이 없는 경우, 정기적인 모임이 있는 경우, 그리고 건강실천행위를 많이 하는 경우에 주관적인 건강상태가 좋았다. 여자의 경우는 배우자가 없는 경우, 생활비를 본인이나 배우자가 부담하는 경우, 질병이 없는 경우, 병원이나 보건소 등의 건강정보원이 있는 경우, 건강실천행위를 많이 하는 경우에 주관적인 건강상태가 좋았다. 남녀가 모두 경제적인 상태가 좋을수록, 질병이 없는 경우, 건강실천행위를 많이 할수록 주관적인 건강상태가 좋아 이순영 등(1995), 송진아(1997), 박기수 등(1999)의 연구 결과와 부합되었다.

노인에게 있어서 주관적인 건강상태는 미래 사망에 대한 예측력을 가지는 것으로 알려져 있는데, 이의 이유에 대한 몇 가지 가설로는 첫째, 자기 스스로가 인지하는 건강평가는 아직 증상이나 증후로 나타나지 않은 미세한 생리적 변화나 잠재적 질병을 감지할 수 있는 개인의 능력을 가장 잘 반영하는 것이라는 것

과 둘째, 건강에 대한 높은 자기평가는 낙관적 성격특성을 의미하며, 낙관적 성격특성은 그 자체가 숙주의 저항력을 증가시키는 심리적, 생리적 기전이 됨으로써 건강보호 작용을 할 수 있다는 것이다. 마지막으로 높은 자기건강평가는 보다 긍정적인 건강습관과 관련이 있을 수 있고, 이것 자체가 사망위험의 감소와 관련되어 있다는 가설이다. 그러므로 노인들의 주관적인 건강평가를 객관적인 자료 만큼 중요한 것으로 생각할 필요가 있다(송미순 등, 1997).

일상생활 동작능력인 ADL은 고ADL 91.5%, 저ADL 8.5%로 저ADL의 비율이 1989년 국민건강조사시 ADL장애 7%나 김찬형 등(1992)의 6%보다는 약간 높았으나, 외국의 약 10%, 도시지역 노인 대상 오현경 등(1992)의 9%, 조유향(1988)의 11.6%, 권순범 등(1994)의 13.2%보다는 낮았고, 한국보건사회연구원(1994)의 농촌 노인 대상 조사 29.4%보다는 훨씬 낮았다. 이는 조사시기의 차이로 인해 노인들의 일상생활동작능력이 향상된 것으로 생각할 수도 있으나, 본 연구에서 대상자가 거동이 가능한 보건진료소 내소자나 경로당 출입 노인이 많은 것도 영향을 미친 것으로 생각된다.

단변량 분석에서 연령이 적을수록, 배우자가 있는 경우에 ADL이 좋았고, 배우자와 사는 경우, 혼자 사는 경우, 배우자와 동거가족이 있는 경우 보다 독신이면서 동거가족이 있는 경우에 유의하게 고ADL이 낮았다. 정기적인 모임이 없거나 건강정보원이 없는 경우, 급만성 질환이 있는 경우에 저ADL의 비율이 높아 인과관계의 제한점은 있지만 사회참여 활동이 적고, 질병이 있는 경우에 ADL이 저하됨을 알 수 있었다. 생활비를 자녀 등에게 의존하는 경우와 의료보호인 경우 등 경제상태가 좋지 않은 경우에 저ADL이 높았다. 건강실천행위와의 관계에서는 건강실천행위를 많이 할수록 ADL이 좋았다.

ADL을 종속변수로 한 다중 로지스틱 회귀 분석에서 남자의 경우는 생활비를 자녀에게 의존할수록 ADL이 좋지 않아 경제적으로 어려운 경우에 ADL이 좋지 않음을 알 수 있었다. 여자의 경우는 건강정보원이 없을수록 ADL이 좋지 않았으며, 연령이 높아질수록 ADL이 좋지 않았는데, 고령일수록 일상생활 동작능력이 떨어지는 것은 조유향(1988), 서순림(1990), 이영석(1996), 백은정(1997), 최경희(1998)의 연구결과와 일치하였다.

이상의 결과를 볼 때 남녀 모두 건강에 대한 관심이 높을수록 건강실천행위를 많이 하게 되며 건강실천행위를 많이 할수록 건강수준인 일상생활동작능력과 주관적인 건강상태가 좋았고, 일상생활동작능력이 좋을수록 주관적인 건강상태도 좋았다.

본 연구의 제한점으로는 단면 연구로 건강실천행위와 ADL, 건강실천행위와 주관적 건강상태의 시간적인 인과관계를 밝힐 수 없었고, 조사대상이 1개 군의 노인으로 한정되어 일반화 하는데 문제가 있다. 또한 조사 대상자 중 보건진료소를 내소한 노인과 경도양을 방문한 노인, 즉 거동이 가능한 노인이 많아 선택편견의 개입 가능성이 있다. 그러나 연구의 목적이 건강관심도, 건강실천행위 및 일상생활 동작능력과 주관적 건강상태의 관련성을 알아 보는 것이고, 연구결과가 기존의 연구와 일치되는 부분이 많으며, 노인 단독세대가 증가하고 있는 시점에서 노인들이 독립적인 생활을 유지하는데 중요한 관건인 일상생활동작능력과 건강관심도, 건강실천행위간의 관계를 알아본 연구가 미비한 실정에서 나름대로 의의가 있는 것으로 생각되며, 앞으로 연구 대상을 확대하고 코호트를 만들어 장기적인 연구가 필요한 것으로 생각된다.

농촌 노인의 건강수준을 향상시키기 위한 방안을 본 연구를 기초로 제시하면, 첫째, 노인들의 건강에 대한 중요성 인식, 가치기준의 변화가 포함되는 건강에 대한 관심도를 높이

는 향으로 계획적이고 지속적인 교육이 알맞게 실시되어야 하겠다. 둘째, 농촌 노인들의 접근성이 많은 보건진료소, 보건지소, 보건소 등의 일선 공공보건의료기관에서 개인성담과 보건교육 등으로 건강정보원을 제공하여 건강에 대한 관심을 높이도록 노력하여야 하겠으며 아울러 건강행위의 변화는 단시일 내에 이루어 지는 것이 아니기 때문에 대중매체나 지역사회 프로그램 등을 통해 건강정보원을 제공하는 방향이 모색되어야 하겠다. 마지막으로 경제적으로 만족하고, 사회적 접촉이 많은 경우에 건강관심도, 건강실천행위, 건강수준이 높으므로 노인복지사원의 여러 접근이 함께 시도되어야 할 것으로 생각된다.

요 약

농촌지역 재택노인들의 건강관심도, 건강실천행위, 주관적 건강상태, 그리고 일상생활 동작능력과 이들간의 관련성을 파악하고, 이들에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 일개 군의 65세 이상 재택노인 480명을 대상으로 1998년 11월 15일부터 12월 20일까지 직접 면담하여 자료를 수집하였다.

건강관심도가 높은 상위군이 44.4%, 중위군이 13.1%, 하위군이 42.5%였으며, 건강실천행위는 상위군이 3.8%, 중위군이 18.8%, 하위군이 77.5%였다. 주관적 건강상태는 좋음이 29.0%, 보통이 31.0%, 나쁨이 40.0%였으며, 일상생활 동작능력은 고ADL이 91.5%, 저ADL이 8.5%였다.

단변량 분석결과 남녀 전체를 대상으로 하였을 때 건강관심도와 건강실천행위는 유의한 관련이 있어 건강관심도가 높은 사람이 건강실천행위를 많이 하였다. 남녀로 구분하였을 때 남자의 경우 건강관심도와 건강실천행위는 유의한 관련이 있었고, 여자의 경우는 유의한 관련은 없었다.

남자와 여자 모두에서 건강실천행위와 주관

적 건강상태는 유의한 관련이 있었다. 즉, 건강실천행위를 많이하는 사람이 주관적 건강상태가 좋았다.

건강실천행위와 ADL의 경우는 남녀가 모두 건강실천행위를 많이 하는 사람이 유의하지는 않았지만 ADL이 좋았다.

남녀 모두에서 ADL이 좋은 경우 유의하게 주관적인 건강상태가 좋았다.

사회인구학적 변수를 독립변수로 하고 건강관심도를 종속변수로 한 다중회귀 분석에서 건강관심도는 연령이 적을수록, 의료보호보다는 의료보험인 경우, 대중매체나 병원 보건소 등의 선상정보원이 있는 경우, 그리고 정기적인 모임이 있는 경우에 높았다.

건강실천행위를 종속변수로 하고 사회인구학적 특성과 건강관심도를 독립변수로 한 다중 회귀분석 결과, 남자의 경우에만 모형이 성립하였는데 건강관심도가 높을수록 건강실천행위를 많이 하였다.

주관적인 건강상태를 종속변수로 하고 사회인구학적 특성과 건강실천행위를 독립변수로 한 일반화 로짓 모형에서 남자는 생활비가 충분할수록, 질병이 없는 경우, 정기적인 모임이 있는 경우, 그리고 건강실천행위를 많이 하는 경우에 주관적 건강상태가 좋았다. 여자의 경우는 배우자가 없는 경우, 생활비를 본인이나 배우자가 부담하는 경우, 질병이 없는 경우, 병원이나 보건소 등의 건강정보원이 있는 경우, 그리고 건강실천행위를 많이 할수록 주관적 건강상태가 좋았다.

사회인구학적 변수에 건강실천행위를 추가한 독립변수와 ADL의 고저를 종속변수로 한 다중 로지스틱 회귀분석에서 남자의 경우는 생활비를 본인이나 배우자가 부담할수록, 여자의 경우는 연령이 적을수록, 병위·보건소 등의 건강정보원이 있을수록 ADL이 좋았다.

이상의 결과를 볼 때 남녀 모두 건강에 대한 관심이 높을수록 건강실천행위를 많이 하게 되며 건강실천행위를 많이 할수록 건강수

준인 일상생활 동작능력과 주관적인 건강상태가 좋았고, 일상생활 동작능력이 좋을수록 주관적인 건강상태도 좋았다. 그러므로 노인들이 건강에 대한 관심을 가지고 건강실천행위를 할 수 있도록 대중매체와 개인면담을 통한 상담과 보건교육, 지역사회 건강증진프로그램 등 다차원적인 접근이 필요하다.

인용문헌

1. 권순범, 김공현, 김병성, 박형중. 일부 도시 지역노인의 선상관련 실천과 신체활동 기능에 관한 연구. 대한보건협회지 1994;20(2):3-22
2. 김재돈, 남철현. 노인의 생활만족도와 이에 영향을 미치는 요인. 대한보건협회지 1997;23(2):173-192
3. 김찬형, 이종섭, 신승철, 이호영, 유계준. 한국 농촌지역 노인의 일상생활수행 능력 및 정신건강에 관한 사회정신의학적 조사. 신경정신의학 1992;31(6):1063-1072
4. 김효정. 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구. 석사학위논문, 계명대학교 대학원, 1996.
5. 박기수, 천병렬, 감신, 예민해, 강윤식, 김건엽, 손재희, 이영숙. 장애인의 건강관심도, 건강실천행위 그리고 건강수준간의 구조분석. 예방의학회지 1999;32(3):276-288
6. 백은정. 농촌 지역 노인의 일상생활 동작 능력에 관한 추적연구. 석사학위논문, 경북대학교 보건대학원, 1997
7. 서순림. 노인의 건강기능 상태와 일상생활 능력. 경북의대지 1990;31(2):156-167
8. 서순림. 일부지역 노인의 예방적 건강행위 실천에 관한 조사. 경북의대지 1988;29(1):88-96
9. 송건용. 노인인구의 증가에 따른 사회의학적 접근. 대한의학협회지 1994;37:1147-1153

10. 송미순, 김신미, 오진주. 노인간호의 연구와 전망. 서울대학교출판부, 1997
11. 송재부. 입원 노인환자의 일상생활 동작과 우울간의 관계연구. 석사학위논문, 경희대학교 행정대학원, 1995
12. 송주복, 이부옥, 신해림, 정갑열, 김준연. 농촌지역 주민의 건강관련 행위와 질병이환과의 관계. 예방의학회지 1997;30(2):342-355
13. 송진아. 노인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강상태. 석사학위논문, 경북대학교 보건대학원, 1997
14. 신동순. 노인이 인지하고 있는 건강의 가치신념에 관한 연구. 석사학위논문, 충남대학교대학원, 1995
15. 신은영. 농촌 노인의 건강상태와 생활 만족에 관한 연구. 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 1993
16. 오현경, 배철영, 신항순, 신동학. 건강한 노인들의 일상생활을 위한 기능적 능력과 우울에 관한 역학조사. 최신의학 1992;35(9):21-27
17. 왕미숙. 한국노인의 건강상태에 관한 사회의학적 비교 분석연구. 석사학위논문, 한양대학교 행정대학원, 1992
18. 이경미. 노인의 자아존중감과 건강상태에 관한 연구; 양로원노인과 가정노인을 대상으로. 석사학위논문, 연세대학교대학원, 1989
19. 이순영, 김선우, 박주원. 한국인의 건강행태 유형에 관한 연구. 예방의학회지 1997; 30(1):181-193
20. 이순영, 서일. 주요 건강실천행위가 건강수준에 미치는 영향. 한국역학회지 1995;27(7):48-63
21. 이순영, 손명세, 남정모. 한국인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강수준가의 구조분석. 예방의학회지 1995;28(1):187-205
22. 이시백. 한국인구의 고령화 특성과 정책과제. 경북대학교 보건대학원 국제학술대회, 동아시아지역의 고령자 실태와 이의 대책. 경북대학교 보건대학원, 1999, 쪽 14-28
23. 이영석. 일부 농촌지역 재택노인들의 일상활동 및 우울정도. 석사학위논문, 경북대학교 보건대학원, 1996
24. 이진임. 서울시 노인의 건강문제에 따른 관리실태 분석. 석사학위논문, 연세대학교대학원, 1995
25. 정경임. 한국인의 건강실천행위가 만성질환이환에 미치는 영향. 박사학위논문, 인제대학교 대학원, 1996
26. 조선희. 재가노인의 가정간호 요구도 및 일상생활능력에 관한 연구. 석사학위논문, 인세대학교 대학원, 1994
27. 조유향. 노인의 신체적 사회적 능력장애에 관한 조사연구. 간호학회지 1988;18(1):70
28. 조유향. 지역사회 노인의 생활만족도 및 간호요구의 측정을 위한 조사연구. 간호학회지 1994;3(2):66-84
29. 지선하, 오희철, 김일순. 노인 스스로 인지한 건강상태와 사망률에 관한 연구. 한국역학회지 1994;16(2):172-180
30. 최경희. 농촌 재택노인의 일상생활동작 능력과 인지기능 평가, 석사학위논문, 경북대학교 보건대학원, 1998
31. 한국갤럽조사연구소. 한국노인의 생활실태와 의식구조 조사, 1982
32. Andersen R. A behavioral model of families use of health services. University of Chicago Research Services 1968;25:32
33. Becker, MH. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974;2:326-473
34. Belloc NB, Breslow L. Relation of physical health status and health practice. Prev Med 1972;1(3):409-421
35. Breslow L, Breslow N. Health practice and disability:some evidence from Alameda

- County. *Prev Med* 1993; 22:86-95
36. Breslow L, Enstrom J. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med* 1980;9:469-483
37. Connelly JE, Phibrick JT, Smith GR Jr, Kaiser DL, Wymer A. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Med Care* 1989;27(3 Suppl):S99-109
38. Frank P. A survey of health needs of elder in northwest Johnson Country. *Nursing research* 1979;28(6):360
39. Idler EL, Kasl SV. Health perceptions and survival: Do global evaluation of health status really predict mortality? *J Gerontol* 1991;46(2):55-65
40. Kaplan G, Barell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontol* 1988;43(4):114-120
41. Karts S, Downs TP, Cash HRI. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10:20-30
42. Kasl SV, Cobb S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Arch Environ Health* 1966: 12:246-266
43. Kong-Hyun Kim, Hai Rim Shin, Hidenori Nakama, Masami Fujita. Health related practices and chronic illness in Korea. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 1991;5(4):313-321
44. Linn BS, Linn MW. Objective and self-assessed health in the old and very old. *Social Science and Medicine* 1980;14A:311-315
45. Shanas E. et al. Old people in three industrial societies. Newyork 1968, pp.51-54